

- зниження маси тіла і затримка росту й розвитку;
- діарея, яка триває більше місяця.

Навідні симптоми:

- генералізована лімфаденопатія;
- кандидоз ротової порожнини та глотки;
- рецидивуючі інфекції (отит, синусит та ін.);
- стійкий кашель;
- генералізований дерматит;
- підтверджена ВІЛ-інфекція у матері.

Таким чином, особливості ВІЛ-інфекції у дітей обумовлені механізмом інфікування, віковою реактивністю, імунною відповіддю. Поява окремих стадій не така чітка, інфекційний процес характеризується більш гострим, швидкоплинним перебігом, нерідко випереджаючим прояви хвороби у батьків.

Ф.Г. Коленко

НейроСНІД

Державний університет, м. Суми

Необхідно відмітити, що неврологічні прояви ВІЛ-інфекції нерідко характеризують клінічне "обличчя" хвороби, визначають її прогноз. Клітини нервової системи часто уражуються ВІЛ. Клініко-неврологічні синдроми розвиваються рано, в 10-20% випадків вони є першими ознаками хвороби.

Основними шляхами проникнення збудника СНІДу у нервову систему є гематогенний або периневральний.

Найчастіші клінічні форми нейроСНІДу:

- менінгіт (гострий, підгострий);
- енцефаліт, енцефаломієліт (енцефаломієлопатія), мієлопатія;
- прогресуюча лейкоенцефалопатія;
- абсцеси головного мозку;
- СНІД-деменція;
- пухлини головного мозку (злоякісна бета-клітинна лімфома, саркома Капоші, злоякісна гліома та інші);
- порушення мозкового кровообігу (інсульт);

- синдроми ураження периферичної нервової системи (мононейропатія, гангліоневрит, полінейропатія, радикулопатія, міозит, міопатія).

Патоморфологічні зміни нервової системи при СНІДі виявляються у 70-80% летальних випадків.

Синдроми ураження ЦНС при ВІЛ - інфекції: у 50-70% хворих виявляють ВІЛ-енцефалопатію (СНІД-деменцію). Морфологічні зміни формуються в підкоркових вузлах. Деменція розвивається поступово. Характерна триада симптомів: інтелектуально-мнестичні розлади психіки, зміни в поведінці хворих, рухові порушення. Характерні зниження пам'яті, безсоння, мінливість настрою, інертність психічних процесів. Неврологічні симптоми різноманітні, прогресуючі: рефлексии орального автоматизму, атаксія, підвищення тону м'язів, брадикінезія, гипомімія, тремор та інші.

Згодом розвиваються напади судом, абулія, психози, порушення функції тазових органів, маразм. У спинномозковій рідині - лімфоцитарний цитоз, вміст білку незначно збільшений. На КТ та МРТ можна виявити дифузну атрофію головного мозку.

Менінгіт розвивається пізніше. Клінічна картина характеризується ознаками, що складають менінгеальний симптомокомплекс з лімфоцитарним плеоцитозом.

Клініку енцефаліту характеризують підвищення температури тіла, епілептичні напади, ураження ядер черепних нервів, порушення свідомості.

Прогресуюча лейкоенцефалопатія характеризується прогресуючим перебігом, порушенням психіки, інтелекту, потім з'являються вогнищеві симптоми.

У 1/4 хворих СНІДом розвиваються енцефаломієлопатія, мієлопатія. Часто виникають спастичні парези, сенситивна атаксія, порушення функції тазових органів.

Порушення мозкового кровообігу частіше в вигляді інсульту геморагічного та ішемічного, скороминучих порушень.

Частота ураження периферичної нервової системи розвивається у 15-50% хворих на СНІД. У клінічній картині характерне множинне ураження периферичних нервів, що призводить до ру-

хових, чутливих та вегетативних порушень у зоні інервації уражених нервів: периферичних парезів верхніх і нижніх кінцівок, розладів чутливості в дистальних відділах кінцівок. Поступово процес прогресує. У спинномозковій рідині виявляють збільшення кількості білка.

Таким чином, наведені основні прояви нейроСНІДу. Все це має важливе значення в клінічній діагностиці захворювання. Інтервал між першим епізодом інфекції і розвитком клінічних проявів синдрому значно варіює.

Н.В.Клименко

Лікування мікозів у хворих на ВІЛ-інфекцію

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м.Суми

Серед сучасних проблем медицини мікози займають важливе місце. Різноманітні клінічні прояви хвороби - від ураження шкіри та слизових оболонок до генералізованих форм - зустрічаються в практиці не тільки інфекціоністів, а й дерматологів, педіатрів, хірургів, гінекологів та лікарів інших спеціальностей. В останній час почастишали випадки системних мікозів.

Основними збудниками мікозів є гриби рода *Candida*, *Aspergillus*, *Cryptococcus neoformans*.

Особливе місце мікозам відводиться при ВІЛ-інфекції. Так, кандидоз є маркером захворювання (входить до СНІД-індикаторних інфекцій), а аспергільоз та криптококоз - грізне ускладнення, що прискорює смерть хворих на СНІД.

В період з 1997 до червня 1999 року в СОКІЛ було обстежено 13 ВІЛ-інфікованих і 2 пацієнтів з діагнозом СНІД клінічний. Серед них 5 жінок, 10 чоловіків віком від 20 до 41 року. При аналізі дослідження кала на дисбактеріоз біфідум бактерії відсутні у 57%, лактобацили у 28%, гемолізуюча *E.Coli* - 14,2%, *E.Coli* зі зниженням ферментуючих властивостей у 14,2%; стафілокок золотистий - 7,1%, гемолізуючий - 7,1%; у 5,7% - *Candida*; протей - 7,1%; клебсієла - 7,1%. Лише у 21,4% обстежених не виявлено жодних змін копробіограми.